Lane Medical Library

Über Narkolepsie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 21. März 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Henry Böhm

aus Frankfurt a. M.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Sigmund Goldschmidt.
- Dd. med. Adolf Calmann.
- Cand. phil. Friedrich Hamburger.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meiner lieben, guten Mutter

und dem

Andenken meines teuren Vaters

gewidmet.

Im Jahre 1880 veröffentlichte Gélineau[1]) einen eigentümlichen Krankheitszustand, den er mit dem Namen „Narkolepsie“ (von *νάρκωσις* und *λαμβάνειν*) belegte. Nach seiner Ansicht handelte es sich um eine damals noch wenig gekannte Neurose, die sich durch ein mächtiges, plötzliches, kurzdauerndes und in mehr oder weniger kurzen Intervallen wiederkehrendes Bedürfnis zum Schlafen charakterisiere. Allerdings war ein derartiges Krankheitsbild schon in der Litteratur beobachtet worden, so hatte z. B. 1862 (wie Gélineau selbst anerkennt) Caffe in seinem Journal des connaissances médicales pratiques einen ähnlichen Zustand bei einem Angestellten des Grand cercle zu Paris beobachtet. Es handelte sich hierbei um einen Mann von 47 Jahren, gross und stark gebaut, der, durch einen unüberwindlichen Hang zum Schlafen belästigt, seinen Dienst aufgeben musste. Er führte einen vernünftigen Lebenswandel, frühere Krankheiten hatte er nicht durchgemacht. Das erste äussere Zeichen seiner Krankheit war eine gewisse Schwere in den Augenlidern, allmählich bildete sich der Schlafzustand aus, der ihn im Gehen, Stehen, Sitzen befiel. Kaum war er erwacht, schlief er wieder ein, selbst grosser Hunger vermochte ihn nur ungenügend wach zu halten. Sein Gesicht war blass und aufgedunsen, seine Haltung nachlässig, ausserdem war ein geringer Grad von Stupidität vorhanden, im übrigen war der Zustand des Patienten normal. Die Behandlung war erfolglos, etwas Besserung brachte ein Aufenthalt in Brides.

---

[1]) Gélineau, De la narcolepsie, Gaz. des hôp., Paris 1880, pag. 626, 635.

im Besitz seiner geistigen Functionen, seiner Sensibilität und Motilität. Die Ruhe scheine ihm notwendig zu sein, ihm neue Kräfte zu geben. Endlich erinnere er sich vollkommen alles dessen, was vorgegangen. Ausserdem fehle die günstige Wirkung von Kalium bromatum (cette pierre de touche des accidents épileptiformes et de l'épilepsie). Schliesslich spreche das Intactbleiben der Intelligenz und des Gedächtnisses nach 100 bis 200 täglichen Anfällen im Laufe von 2 Jahren gegen Epilepsie.

2. Ein Confundieren mit der sogenannten *Agoraphobie*, (jenem eigentümlichen Angst- und Oppressionszustand mancher Leute beim Überschreiten eines freien Platzes) sei unmöglich. Bei letzterer sei meist eine Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden, ferner schlafe der Agoraphobe nicht ein, sondern lärme, schreie, fliehe etc.
3. Mit *Vertigo* habe die Narkolepsie nichts zu thun; der an Schwindelanfällen leidende, halte sich an den ihn umgebenden Gegenständen fest, was der Narkoleptiker nie thue, ferner sei für letzteren ein ruhiger, glücklicher Gesichtsausdruck und gesunde Farbe charakteristisch ganz im Gegensatz zu dem Vertiginösen (l'aspect de l'homme livide, glacé, couvert de sueurs froides et pâle comme la mort).
4. Eine Identität mit anderen Schlafzuständen *(Cataphora, Sopor, Coma, Carus, Lethargie)* sei auszuschliessen. Bei den 3 letzgenannten spreche die Form, Dauer und Gefühllosigkeit dagegen, bei Cataphora sei der Schlaf continuierlich, ohne lange Pausen, und führe schliesslich zum Tode. Bei Sopor sei der Schlaf viel tiefer, ausserdem handle es sich dabei um deutliche cerebrale Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, Verlust des Gedächtnisses, Akinesie).

Nachdem Gélineau nun noch die Unterscheidungsmerkmale zwischen Narkolepsie einerseits und der *Maladie de sommeil* der Neger, dem *„délire émotit“* und der

Neurasthenia spinalis andererseits (bei letzterer Rückenschmerz, Müdigkeitsgefühl, melancholische und hypochondrische Zustände) angeführt, kommt er zu dem Schlusse, dass es sich um eine selbständige Neurose bei der Narkolepsie handle, die sich einerseits durch den Hang zum Einschlafen, andererseits durch das Hinsinken charakterisiere.

Diese bemerkenswerte Abhandlung hatte zur unmittelbaren Folge, dass die Beobachtungen des narkoleptischen Krankheitszustandes jetzt häufiger wurden. Im Jahre 1881 veröffentlichte Ballet[4]) 4 Fälle von Narkolepsie (davon war einer Diabetiker, ein anderer Fall betraf ein hysterisches Mädchen) und Rousseau[5]) constatierte den Zustand bei einem Epileptiker und einem 74jährigen Manne, der an Dementia paralytica litt.

Von den später veröffentlichten Arbeiten mag vor allem die von Foot[6]) hier Erwähnung finden, der, an Gélineau sich anschliessend, in ausführlicher Weise einen Fall aus dem Jahre 1874 beschreibt und den Namen „Hypnolepsie" vorschlägt, weil νάρκη Steifheit und Betäubung ausdrücke, erst secundär den Ruhezustand im Schlafe. Die Beobachtung Foot's bezieht sich auf einen 18jährigen jungen Mann von gutem Aussehen, der in keiner Weise excedierte und ausser Masern keine Krankheit gehabt hatte. Er kam zum Arzte, weil er seit $1\frac{1}{2}$ Jahren zur Schläfrigkeit neigte. Der Schlafzustand stellte sich täglich um dieselbe Stunde (zwischen 2 und 3 Uhr nachmittags) ein, gleichgültig, ob Patient sass, stand oder ging. Er fühlte den Zustand herankommen, konnte sich aber nicht seiner erwehren. Die Dauer betrug 2—3 Stunden (es sei denn, dass er gewaltsam geweckt wurde), dann verschwand er allmählich. Trat die Schlafanwandlung beim Lesen oder Schreiben ein, so las er unzusammenhängend oder schrieb sinn-

---

[4]) Ballet, Contrib. à l'étude du sommeil pathol. Revue de méd., Paris 1881.

[5]) Rousseau, Observat. de narcolepsie. Paris 1881, l'Enceph. pag. 701.

[6]) Foot, Arth., Narcolepsy. The Dublin. Journ. of med. sc., 1886, II, 465.

im Besitz seiner geistigen Functionen, seiner Sensibilität und Motilität. Die Ruhe scheine ihm notwendig zu sein, ihm neue Kräfte zu geben. Endlich erinnere er sich vollkommen alles dessen, was vorgegangen. Ausserdem fehle die günstige Wirkung von Kalium bromatum (cette pierre de touche des accidents épileptiformes et de l'épilepsie). Schliesslich spreche das Intactbleiben der Intelligenz und des Gedächtnisses nach 100 bis 200 täglichen Anfällen im Laufe von 2 Jahren gegen Epilepsie.

2. Ein Confundieren mit der sogenannten *Agoraphobie*, (jenem eigentümlichen Angst- und Oppressionszustand mancher Leute beim Überschreiten eines freien Platzes) sei unmöglich. Bei letzterer sei meist eine Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden, ferner schlafe der Agoraphobe nicht ein, sondern lärme, schreie, fliehe etc.
3. Mit *Vertigo* habe die Narkolepsie nichts zu thun; der an Schwindelanfällen leidende, halte sich an den ihn umgebenden Gegenständen fest, was der Narkoleptiker nie thue, ferner sei für letzteren ein ruhiger, glücklicher Gesichtsausdruck und gesunde Farbe charakteristisch ganz im Gegensatz zu dem Vertiginösen (l'aspect de l'homme livide, glacé, couvert de sueurs froides et pâle comme la mort).
4. Eine Identität mit anderen Schlafzuständen *(Cataphora, Sopor, Coma, Carus, Lethargie)* sei auszuschliessen. Bei den 3 letzgenannten spreche die Form, Dauer und Gefühllosigkeit dagegen, bei Cataphora sei der Schlaf continuierlich, ohne lange Pausen, und führe schliesslich zum Tode. Bei Sopor sei der Schlaf viel tiefer, ausserdem handle es sich dabei um deutliche cerebrale Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, Verlust des Gedächtnisses, Akinesie).

Nachdem Gélineau nun noch die Unterscheidungsmerkmale zwischen Narkolepsie einerseits und der *Maladie de sommeil* der Neger, dem *„délire émotit“* und der

Neurasthenia spinalis andererseits (bei letzterer Rückenschmerz, Müdigkeitsgefühl, melancholische und hypochondrische Zustände) angeführt, kommt er zu dem Schlusse, dass es sich um eine selbständige Neurose bei der Narkolepsie handle, die sich einerseits durch den Hang zum Einschlafen, andererseits durch das Hinsinken charakterisiere.

Diese bemerkenswerte Abhandlung hatte zur unmittelbaren Folge, dass die Beobachtungen des narkoleptischen Krankheitszustandes jetzt häufiger wurden. Im Jahre 1881 veröffentlichte Ballet[4]) 4 Fälle von Narkolepsie (davon war einer Diabetiker, ein anderer Fall betraf ein hysterisches Mädchen) und Rousseau[5]) constatierte den Zustand bei einem Epileptiker und einem 74jährigen Manne, der an Dementia paralytica litt.

Von den später veröffentlichten Arbeiten mag vor allem die von Foot[6]) hier Erwähnung finden, der, an Gélineau sich anschliessend, in ausführlicher Weise einen Fall aus dem Jahre 1874 beschreibt und den Namen „Hypnolepsie" vorschlägt, weil *νάρκη* Steifheit und Betäubung ausdrücke, erst secundär den Ruhezustand im Schlafe. Die Beobachtung Foot's bezieht sich auf einen 18jährigen jungen Mann von gutem Aussehen, der in keiner Weise excedierte und ausser Masern keine Krankheit gehabt hatte. Er kam zum Arzte, weil er seit 1½ Jahren zur Schläfrigkeit neigte. Der Schlafzustand stellte sich täglich um dieselbe Stunde (zwischen 2 und 3 Uhr nachmittags) ein, gleichgültig, ob Patient sass, stand oder ging. Er fühlte den Zustand herankommen, konnte sich aber nicht seiner erwehren. Die Dauer betrug 2—3 Stunden (es sei denn, dass er gewaltsam geweckt wurde), dann verschwand er allmählich. Trat die Schlafanwandlung beim Lesen oder Schreiben ein, so las er unzusammenhängend oder schrieb sinn-

---

[4]) Ballet, Contrib. à l'étude du sommeil pathol. Revue de méd., Paris 1881.

[5]) Rousseau, Observat. de narcolepsie. Paris 1881, l'Enceph. pag. 701.

[6]) Foot, Arth., Narcolepsy. The Dublin. Journ. of med. sc., 1886, II, 465.

loses Zeug. Dabei entfiel ihm die Feder, beim Essen Messer und Gabel. Ward er auf der Strasse befallen, so wankte er und rannte Leute an. In dem Schlafzustand konnte er — allerdings nur undeutlich — hören und sehen. Dadurch, dass die Leute ihn angafften, wurde er leicht erregt, fiel zu Boden und schlief ein. Sogar bei seinen Lieblingsbeschäftigungen, Segeln und Klavierspielen, überfiel ihn der Schlummer. Weckte man ihn gewaltsam, so überkam ihn eine Gereiztheit, er wurde leidenschaftlich aufgeregt, so dass die Familie ihn schlafen liess. Zuckungen und Krämpfe während des Schlafs wurden nie beobachtet. Den Beginn der Krankheit führte er auf einen Tag zurück, wo er der Sonne sehr ausgesetzt war und dabei einschlief. Das Einschlafen wiederholte sich dann täglich um dieselbe Stunde. — Hereditäre Disposition war vorhanden, eine Tante imbecill, eine Schwester epileptisch, ein jüngerer Bruder war $^1/_2$ Jahr wegen einer Wahnidee stumm. Der Status ergab: grosse Herzfrequenz, bisweilen systolisches Geräusch an der Spitze, Schwindelanfälle, Neigung zur Seekrankheit, bisweilen, z. B. beim Schellen an der Hausthüre des Arztes, stellte sich deutliche Congestion beiderseits am Nacken ein. Die Therapie war ohne jeden Erfolg, der Zustand wurde allmählich schlimmer, schliesslich verlor ihn Foot aus den Augen. Zu erwähnen ist ferner noch der von Caton[7]) beschriebene Fall. Es war dies ein 37jähriger Mann, der bis zu seinem 30. Lebensjahre völlig gesund war, dann rasch stark und von Schläfrigkeit befallen wurde. Auch bei ihm zeigte sich die Unmöglichkeit, wach zu bleiben, in welcher Thätigkeit er sich auch befinden mochte. Während seines Schlafes kam oft krampfhafter Glottisverschluss vor, wobei es dann meist zur Aufhebung der Atmung auf 1—$1^1/_2$ Minuten kam, dabei deutliche Cyanose. Schliesslich liess der Krampf nach und der normale Zustand trat wieder ein. Derartige Krampfanfälle kamen bei Nacht und bei Tag vor. Ausserdem trat im Schlaf, nie beim Wachen, Salivation auf. Im übrigen

[7]) Caton, Narcolepsy. Brit. med. Journ., London 1889, I, 358.

war der Patient gesund. Auf Naphthalin und Jodoform schwanden die Anfälle von Asphyxie und Salivatio vollständig, die narkoleptischen teilweise.

Endlich möchte ich noch die 9 Fälle anführen, die Parmentier[8]) aus den Archives générales de médecine zusammengestellt hat. Im ersten Falle handelte es sich um „Attaques de sommeil hystérique de forme narcoleptique" bei einem 26jährigen Manne. Ein Bruder und eine Schwester litten an hysterischen Anfällen. Über seine Kindheit konnte Patient keine genaue Auskunft geben: im Alter von 13 Jahren begegnete es ihm, dass er plötzlich unfähig war, einen Schritt zu machen oder sich aufrecht zu halten. Einige Zeit später schlief er ein, als er auf seinen Herrn warten sollte. Nach 3 Stunden erwachte er auf einem Polizeibureau und erfuhr dort, dass er, als man ihn wecken wollte, heftig sich gewehrt habe. In seinem Geschäft wurde er von einem neuen, von Delirien und Convulsionen begleiteten Anfall ergriffen. Dieser Zustand brachte ihn von einem Berufe zum anderen, schliesslich wurde er — Krankenwärter. Eines Tages stürzte ein Hund auf ihn zu, den er für toll hielt, Patient fiel bewusstlos hin und fand sich beim Erwachen auf einer Bank. Trotz der Versicherung der Umstehenden, dass der Hund nicht toll sei, schlief er von neuem ein, nachdem er ein wenig gegangen war. Von dieser Zeit an vermehrten und verlängerten sich die Schlafanfälle, schliesslich traten sie mehrmals täglich auf. — Der ganze Habitus des Patienten war infantil, er bot ein deutliches Bild von Hysterie (Hemianästhesie der linken Seite, mehrere hysterogene Punkte). Seinem Einschlafen ging ein lebhafter Schmerz voraus, der in den unteren linken Intercostalräumen localisiert war, im Schlafe sprach er. Sein Aufwachen geschah selten spontan; ferner traten öfter des Nachts Anfälle von Somnambulismus auf. Das Einschlafen bei Tage befiel ihn bereits beim Fixieren eines Gegenstandes. Vor dem Einschlafen war ihm der Kopf

[8]) Parmentier, De la forme narcolept. de l'attaque de sommeil hystér. (Pseudo-Narcolepsie hystér.), Paris 1891, Asselin & Houzeau.

schwer, er gähnte, bekam Ohrensausen, abnorme Gehörsempfindungen, seine Augenlider schlossen sich, seine vorher bleichen Wangen röteten sich, sein Gesichtsausdruck war kummervoll, er brachte seine Hand an den Kopf, dann schlief er ein. In diesem Zustand blieb er kürzer oder länger, meist unbeweglich, oft suchte er nach einer Stütze, um nicht zu fallen, was ihm aber nicht immer gelang. Die Glieder waren nicht steif, einige Minuten bisweilen bestand Katalepsie, zuweilen auch der bekannte arc de cercle. Die Respiration war in höchstem Grade unregelmässig, der Puls stieg auf 75 (normal war er 60). Bisweilen kamen lebhafte Träume zum Ausdruck. Die Sensibilität der Haut war sehr abgestumpft, eine geringe Erregung versetzte ihn in vollkommene Steifigkeit, ebenso rief der Druck auf einen hysterogenen Punkt einen vollkommenen Anfall hervor. Suggestion war möglich. Was sein Gehör anging, so antwortete er auf seinen Namen, gab seine Profession an, ausserdem litt er an Illusionen, z. B. hörte er, während man auf dem Tische einen Militärmarsch spielte, den Tambour und sah ein Regiment Soldaten vorbeiziehen. Auch sein Geruchsinn war für Illusionen zugänglich, z. B. glaubte er beim Riechen von Chloroform, dem Operateur zu helfen. Aufwecken konnte man ihn am leichtesten dadurch, dass man ihn aufrüttelte oder ihn anblies. Die Dauer eines derartigen Anfalls war sehr verschieden, von $^1/_4$ Stunde bis zu 3 Stunden. Künstlich hervorrufen konnte man ihn durch Fixierenlassen eines Gegenstandes, durch Drücken auf einen hysterogenen Punkt. Sonst war an dem Patienten wenig Bemerkenswertes, er war anämisch, hatte wenig Appetit, trank lieber Wasser als Wein (Wein disponierte ihn eher zu den Anfällen), litt an Polyurie (c. 6 l pro die).

Der zweite Fall aus der Zusammenstellung Parmentier's wurde von H. Legrand[9]) beobachtet und bietet des Interessanten so viel, dass ich es mir gestatte, ihn nicht

[9]) H. Legrand, France médic., 1888, No. 4 et No. 5.

im Auszug, sondern in der Ausführlichkeit des Urtextes mitzuteilen.

Gustave B. . . , âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, se présente le 15 juillet 1886, à la consultation de M. Dieulafoy, à l'hôpital Saint-Antoine. Ils est conduit par sa mère et se plaint de „tomber de sommeil“ à chaque instant depuis quelques jours. Il a toutes les apparences d'une santé excellente, l'air assez intelligent, il répond aux interrogations avec netteté et sans aucun trouble de la parole; mais tandis qu'on procède à un examen sommaire, il s'endort en effet plusieurs fois, debout pendant quelques secondes. Il est admis à l'hôpital et occupe le lit No. 3, salle Bichat.

Les antécédents héréditaires ont été établis d'après les détails fournis par la mère. Le grand-père paternel était, paraît-il, asthmatique, le père est mort à 31 ans, diabétique, arrivé à un degré d'émaciation extrême; il n'était pas alcoolique Pas d'épilepsie dans la famille.

Du côté de la mère, rien de spécial à noter, elle n'est pas nerveuse. Le malsde a une soeur âgée de 17 ans qui, d'après les renseignements est nettement hystérique bien qu'elle ne présente pas une des grandes formes de la névrose; elle se plaint souvent d'étouffements, de sensations de boule oesophagienne; au couvent elle se faisait remarquer par son humeur bizarre.

La santé de B. . . a toujours été excellente.

Il a été élevé aux environs de Saint-Cyr; n'a jamais eu de convulsions, de rhumatisme, de chorée; il n'y a pas trace chez lui d'impaludisme ni de syphilis héréditaire ou acquise.

Depuis l'âge de 7 ou 8 ans jusqu'à cette année, il a toujours eu un tic, limité à la tête et au cou, et consistant en un mouvement brusque par lequel il relevait à chaque instant la tête en la tournant à droite en même temps que la bouche esquissait une légère grimace dans la même direction. Le tic n'a cessé, nous a dit la mère, que ces derniers temps, à l'époque où ont commencé les attaques de sommeil.

Il n'avait éprouvé ou manifesté aucun autre phénomène nerveux, son caractère est habituellement assez triste.

Il a d'abord travaillé chez un imprimeur, depuis 2 ans il est garçon marchand de vins, profession fatigante; il ne se couche qu'à deux heures du matin pour se relever à six ou sept. Il n'est pas alcoolique.

Il y a un mois et demi, il a contracté la gale; l'a gardée très peu de temps, limitée aux mains et aux avant-bras. A l'hôpital Saint-Louis où la maladie fut diagnostiquée, il subit par tout le corps le traitement classique, la frotte. Trois jours après, que debutent brusquement les attaques de sommeil. Les premières attaques duraient de 1 à 2 minutes; elles étaient aussi fréquentes, mais plus longues que celles que nous avons observées.

Le réveil était pénible, s'accompagnait toujours d'effroi, et le malade ne reconnaissait les personnes qui l'entouraient, qu'au bout de quelques secondes. Pendant 8 jours on l'a constamment surveillé, les attaques revenaient à chaque instant. Il a d'abord été soigné par un médecin de la ville.

État du malade le 15 juillet et pendant son séjour à Saint-Antoine.

Tout à coup et sans aucun prodome, sans aura d'aucune espèce, les yeux du malade se ferment, il incline la tête légèrement en deux ou trois saccades; il dort. Le sommeil dure 20--60 secondes, parfois davantage; puis, subitement la tête se relève, les yeux s'ouvrent un peu étonnés, mais le malade recouvre à l'instant toute sa puissance d'esprit et se remet à la conversation. Ordinairement pendant le sommeil, les yeux sont fermés; plusieurs fois cependant nous avons pu les observer entr'ouverts; les pupilles sont alors plutôt contractées; le globe de l'oeil roule un peu en haut et en dedans; l'oeil est vague, sans regard, sans fixité. Le visage ne pâlit pas pendant les attaques et ne semble pas non plus congestionné.

Le réveil est spontané; le malade ouvre les yeux, fait une inspiration peu profonde, se frotte les yeux et se remet à la conversation. On peut provoquer le réveil et hâter la fin du sommeil en frappant ou en touchant même très légèrement le malade. Il se réveille alors

subitement, et dans ce cas sa physionomie exprime toujours un peu d'effroi et pâlit légèrement. Si l'on soulève un bras pendant le sommeil, il ne reste pas suspendu comme dans l'état de catalepsie, mais retombe lourdement et le malade se réveille. La conscience est abolie pendant les attaques, le malade ne répond pas, ne perçoit pas, et ne se souvient pas au réveil.

Les attaques le surprennent à tout instant. S'il est assis, la tête s'incline simplement sur la poitrine; s'il est debout, même loin de tout appui, il reste en équilibre, oscillant un peu de côté et d'autre. S'il marche, il s'arrête tout à coup, la tête s'incline, il s'endort. Pendant le repas, nous l'avons vu tombant le nez dans son assiette; la main portant la fourchette s'arrête et retombe, les mouvements de la mastication sont suspendus, la bouche est ouverte.

En conversation, à la fin d'une phrase ou bien au moment de parler à son tour, il s'endort; mais je n'ai jamais observé l'attaque de sommeil coupant brusquement une phrase. Je tiens de son patron, qu'il lui est arrivé de s'endormir en servant les clients; quand il se réveillait tout à coup, le litre qu'il tenait à la main était vide, ou bien il venait de rouler sur le comptoir.

Le nombre des attaques est considérable, elles sont plus fréquentes dans l'après-midi et surtout après les repas. J'en ai compté 17 à 21 par heure: ce qui donne la chiffre de 200 et plus pour la journée. A plusieurs reprises, j'ai constaté 2, 3, 4 attaques par quart d'heure. Les émotions, l'attention soutenue, la plupart des mouvements et des positions ne nous ont pas paru en augmenter la fréquence. Un seul moyen peut ramener l'attaque à la volonté; mais alors elle s'accompagne d'une brusque résolution musculaire et d'une chute subite en avant, fait que je n'ai retouvé dans aucun des cas de narcolepsie publiés jusqu'à présent.

Il suffit au malade d'incliner la tête en avant, jusqu'à rendre le visage à peu près parallèle au plancher pour être aussitôt précipité violemment la face contre terre dans le cas de narcolepsie pendant 30 à 60 secondes. J'ai plusieurs fois renouvelé l'expérience; l'effet

est d'autant plus brutal que le malade incline plus rapidement la tête. L'inclinaison de la tête en arrière ou de côté ne produit rien: le malade reste dans le décubitus dorsal sans avoir des attaques plus fréquentes que d'habitude.

La nécessité de ne pas incliner la tête en avant sous peine de tomber en attaque lui a fait modifier les mouvements nécessités par divers actes journaliers. Ainsi pour monter dans son lit, au lieu de mettre le genou sur le matelas en étendant les bras en avant, il doit s'asseoir d'abord sur le bord du lit, se renverser ensuite sur l'oreiller et faire entrer enfin les jambes dans le lit.

Veut-on lui faire ramasser un objet à terre? S'il penche tout son corps en avant, l'effet ne manque jamais, il tombe lourdement sur le sol au risque de s'endommager le visage; aussi se met-il prudemment à genoux près de l'objet qu'il veut saisir avec la main, mais en conservant la tête toute droite. C'est ainsi mais pour un autre motif, que procèdent, d'après la description de Pott, les malades atteints de mal vertébral.

Enfin, ces attaques provoquées ne durent pas plus que les autres, le malade se relève vivement: mais, dit-il, c'est fatigant.

La nuit, il dort bien, sans agitation, sans cauchemar, sans somnambulisme. Souvent le matin, au premier réveil, il est très fatigué, ses membres sont lourds: il est beaucoup plus fatigué, dit-il, que lorsqu'il faisait des veillées prolongées; presque toujours on était obligé de le secouer vivement pour l'éveiller.

Jamais il n'a uriné involontairement pendant le sommeil, soit normal, soit pathologique.

L'intelligence est nette: il s'exprime bien, décrit avec assez de précision ce qu'il éprouve: le style et l'orthographe de ses lettres sont très corrects. Le patron chez lequel il travaille l'estime beaucoup et tient à le garder malgré sa maladie.

Son caractère est triste; il est peu parleur, dit sa mère, il n'a jamais d'emportements.

Pas de maux de tête. L'ouie est normale, la vue excellente, le champ visuel ne nous a paru rétréci dans

aucun sens lors du premier examen; pas d'achromatopsie; pupilles normales. Le pharynx est sensible, ses réflexes sont normaux. Le goût, exploré par l'application d'un peu de sel de cuisine et de sulfate de quinine sur la langue, nous a paru un peu affaibli à gauche. Jamais le malade n'a éprouvé d'étouffements ni de sensations de boule. Les testicules ne sont pas spécialement douloureux à la pression; nulle part nous n'avons trouvé de zone hystérogène. Les réflexes tendineux du genou et du coude sont normaux.

L'examen de la sensibilité cutanée nous a montré un certain degré d'anesthésie limitée au côté gauche, au membre supérieur et dans la région pectorale. Les deux pointes sur la face antérieure du bras gauche ne sont perçues qu' avec un écartement d'au moins 6 centimètres. Du côté droit l'écartement minimum était de 3 centimètres.

L'auscultation du coeur a révélé lors du premier examen un souffle léger systolique, plus accentué vers la base et propagé dans les vaisseaux. Le pouls et le rythme cardiaque ne subissent à l'exploration aucune modification dans les attaques.

Les fonctions digestives sont excellentes.

Les urines rendues en quantité normale ont été examinées avec soin tous les jours pendant une quinzaine de jours; jamais elles n'out renfermé traces d'albumine ni de sucre.

Traitement: 2 grammes de bromure de potassium et douches froides quotidiennes.

Jusq'au 1er avril nous n'avons pas constaté d'amélioration bien notable; à cette époque, le malade, s'ennuyant à l'hôpital, est retourné chez lui, continuant son traitement. Bientôt l'amélioration s'est produite; les attaques de sommeil ont diminué progressivement de nombre; à la fin d'août il n'en avait plus que 4 à 6 par jour. Dans les premiers jours de septembre il a pu reprendre son travail. Nous avons revu le malade dans les premiers jours d'octobre; les chutes en avant se produisaient toujours quand il s'inclinait mais elles ne s'accompagnaient plus de perte de connaissance absolue; le malade n'avait plus qu'un étourdissement.

En novembre, décembre, janvier, les mêmes phénomènes persistent; le malade prend toujours 2 gr. de bromure par jour, il a cessé l'usage des douches depuis le mois de février, car les attaques avaient tendance à reparaitre.

Le 23 février 1887. Depuis quelques jours il éprouve des nausées en prenant le bromure et demande à en suspendre l'emploi. Depuis le 1er février, sous l'influence des douches qu'il a reprises son état s'est d'ailleurs notablement amélioré, sa mère a constaté l'heureuse influence du traitement. En effet, malgré son régime de vie très fatigant (coucher à 2 heures, lever à 7 heures du matin), les attaques de sommeil ne surviennent plus à tout instant comme autrefois. Le matin on est obligé de le secouer vigoureusement pour l'éveiller; dans la journée il fait ponctuellement sa besogne, n'a pas de distraction ni d'absences.

Mais tous les soirs, à six ou sept heures, avant le repas qui n'a lieu qu' à 8 heures, pendant les intervalles du service et même pendant qu'il travaille, il s'endort subitement, paraît-il, et malgré tous ses efforts, dans la position qu'il occupe au début de l'attaque, souvent restant debout et appuyé contre la muraille ou un meuble. Cette attaque de sommeil qui n'est précédé d'aucun phénomène prémonitoire, dure une demi-heure environ.

Les jours de douches, il arrive souvent que l'attaque de sommeil n'a pas lieu, et dans la journée il se trouve mieux que d'habitude.

La nuit, il dort parfaitement; son sommeil est moins lourd qu'autrefois, et bien que le réveil soit difficile, il éprouve rarement ensuite la lassitude extrême des premiers temps.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le malade continuera l'usage des douches; le bromure est supprimé.

Le 12 mars, les attaques de sommeil du soir se produisent encore, mais sont de plus en plus rares. Maintenant B. . . . peut se baisser impunément, ramasser un objet en se prosternant jusqu' à terre, le saisir même avec la bouche sur le plancher; il ne tombe plus

en narcolepsie par cette manoeuvre et n'a plus même d'étourdissement. A cette époque nous avons constaté de nouveau l'existence d'un certain degré d'anesthésie à gauche; le champ visuel était un peu rétréci dans le sens transversal. Pas d'autre stigmate d'hystérie.

Il a été impossible de provoquer le sommeil hypnotique soit par la fixation des yeux, soit par la pression continue sur le vertex ou sur les globes oculaires, soit en faisant fixer au malade la boule brillante d'un thermomètre pendant cinq minutes au moins. L'éducation n'a pas été continuée plus loin. Continuation des douches.

Le 8 juillet, le malade est venu à la consultation parce qu'il éprouve quelques phénomènes d'embarras gastrique et que des efflorescences dartreuses sont apparues sur son visage.

Toute attaque de sommeil a disparu depuis deux mois; les douches sont suspendues depuis un mois.

Enfin, le 15 septembre, nous avons vu le malade. La guérison persiste; l'état général est excellent. Il existe toujours un certain degré d'anesthésie localisée au bras gauche et à une région étendue entre le troisième espace intercostal et une ligne transversale passant par l'ombilic.

Es dürfte wohl von Interesse sein, die Bemerkungen zu erfahren, die Professor Bouchard in der Société clinique im Anschluss an den eben mitgetheilten Fall gemacht hat. Er erklärte, selbst drei Fälle von Narkolepsie bei Hysterischen beobachtet zu haben, und schloss mit den Worten: „il me semble fort difficile de distinguer la narcolepsie du sommeil hystérique. Dire qu'il s'agit de narcolepsie quand il n'y a pas, concomitamment, d'autres manifestations hystériques, c'est commettre, à mon avis, une pétition de principe."

Die übrigen Fälle aus der Arbeit Parmentier's in extenso hier wiederzugeben, würde wohl zu weit führen, ich begnüge mich daher mit einem kurzen Auszuge. Wir beschäftigen uns zunächst mit den von Armaingaud[10]) gemachten Beobachtungen.

[10]) Armaingaud, Sur une névr. vaso-motr. se rattach. à l'ét. hystér., Paris, 1876, chez Delahaye.

Es handelte sich um eine 24jährige Patientin, die seit einigen Jahren an einer Cervico-brachialneuralgie litt. Daran hatten sich hysterische Anfälle angeschlossen, die eines Tages mit einem tiefen, ruhigen Schlafe endeten. Nun wurden die hysterischen Anfälle kürzer, die Schlafanfälle länger, bis schliesslich letztere vollständig an die Stelle der ersteren traten. Der Schlaf stellte sich dabei 3 mal täglich und zwar stets zur selben Zeit ein, die Dauer betrug beim ersten Anfalle $^1/_4$ Stunde (von $^3/_4$11—11 Uhr), beim zweiten 2 Stunden (von 11—1 Uhr), beim dritten $1^1/_2$ Stunden (von $^3/_4$2—$3^1/_4$ Uhr). Kurz vor dem Einschlafen steigerten sich die neuralgyschen Symptome. Im Schlafe war der Gesichtsausdruck ruhig, die Farbe rosig, Katalepsie nie vorhanden. Augenlider und Kiefer waren geschlossen, liessen sich aber leicht öffnen. Puls stieg bis auf 120, unregelmässig und schwach. Die Atmung war beschleunigt, Sensibilität nicht vorhanden. Die verschiedensten Sinnesreize blieben ohne Wirkung. Bei Druck auf den Processus spinosus des 2. Brustwirbels entstand lebhafter Schmerz, die Patientin richtete sich unter Zittern auf, die Atmung wurde beschleunigt, der Gesichtsausdruck trug den Stempel des Schmerzes, doch wurde der Schlafzustand dadurch nicht unterbrochen. Von den Vorgängen während der Anfälle wusste Patientin nichts anzugeben, nach dem Erwachen bestand grosse Müdigkeit, auch war die Sensibilität wieder vorhanden. Durch Faradisierung des 2. Brustwirbels wurde eine Heilung herbeigeführt. — Diesen Fall erklärte Gélineau für eine secundäre Narkolepsie im Anschlus an Hysterie, während er den nun folgenden (4.) Fall, der von ihm selbst beobachtet wurde, als secundäre Narkolepsie im Anschluss an Chorée épileptiforme bezeichnete.

In Anbetracht dessen, dass die übrigen Beobachtungen aus Parmentier's Zusammenstellung wenig Neues bringen, glaube ich, dieselben übergehen zu dürfen, und will nur noch zum Schlusse mich den Folgerungen zuwenden, die Parmentier aus allen diesen Mitteilungen gezogen hat. Sie lauten:

1. A côté de la forme commune et de la grande forme léthargique de sommeil hystérique, il en existe

une autre qui par ses analogies avec la maladie de sommeil, mérite le nom de forme narcoleptique.
2. Cette forme est aux précédentes ce que l'attaque est à l'état de mal hystéro-épileptique.
3. Il existe entre elle et la forme commune tous les intermédiaires.
4. Les manifestations nerveuses antérieures et actuelles de nature hystérique (attaques, stigmates), les caractères de la crise de sommeil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie et des „sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique“ (Charcot).

Aus der deutschen Litteratur erwähne ich noch die Arbeit von Berkhan[11]), der 6 Fälle, Kinder betreffend, mitteilt, bei welchen Narkolepsie, teilweise verbunden mit somnambulistischen Erscheinungen, beobachtet wurde, und der als Grundlage dafür Epilepsie annimmt. Ob dagegen die von Drosdow[12]) unter dem Namen *Morbus hypnoticus* beschriebenen Krankheitszustände auch zur Narkolepsie gerechnet werden dürfen, wage ich nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden, jedenfalls zeigen sie, besonders derjenige, der die 24jährige Studentin betrifft, meiner Meinung nach grosse Ähnlichkeit mit dem Bilde, das wir als Narkolepsie kennen gelernt haben.

Im Anschluss an die bis jetzt angeführte Litteratur, die ich, soweit sie mir vorgelegen hat, im Vorhergehenden behandelt habe, mag es mir nun gestattet sein, 4 Fälle von Narkolepsie mitzuteilen, die zu beobachten mir durch die Güte des Herrn Professor Mendel ermöglicht war. Gleich vornherein sehe ich mich veranlasst, meinem Bedauern darüber Ausdruck zu geben, dass ich niemals in die Lage kam, einem narkoleptischen Anfalle beizuwohnen. Diese Thatsache findet ihre Erklärung teils in der Unzulänglichkeit und Kürze des Verkehrs mit den Kranken, wie ihn ja das ganze Wesen einer Poliklinik notgedrungen mit sich bringen muss, teils

---

[11]) Dr. O. Berkhan, Eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1892, II.

[12]) Drosdow, Archiv für Psychiatrie, XIII, S. 250, Berlin.

darin, dass zur Zeit meiner Beobachtungen ein Teil der Patienten thatsächlich keine Anfälle hatte. So bin ich denn bei meiner Veröffentlichung einerseits auf die Angaben der Patienten selbst, resp. ihrer Angehörigen, andererseits auf die schon früher in der Poliklinik gemachten und meine eigenen jetzigen Beobachtungen angewiesen und bitte gleichzeitig um Nachsicht, falls meine Angaben an Ausführlichkeit mit den obigen, meist einer längeren stationären Beobachtung entstammenden Mitteilungen nicht rivalisieren können.

Fall 1. Agnes H., 11 Jahre alt. Eltern sind gesund, eine Schwester der Mutter war geisteskrank, desgleichen die Grossmutter mütterlicherseits. Von früheren Krankheiten werden angegeben: Scharlach, Masern, Keuchhusten. Der jetzige Zustand begann vor 2 Jahren, eine Gelegenheitsursache ist nicht bekannt. Der Zustand begann damit, dass sie in der Schule eine Art Schreibekrampf bekam, nach 14 Tagen begannen die Anfälle von plötzlichem Einschlafen, die anfangs sich in Intervallen von 14 Tagen wiederholten, jetzt täglich auftreten. Der Anfall tritt meist ohne Prodromalerscheinungen ein, bisweilen kommt es zur Verdunkelung des Gesichtsfeldes und Zittern in der rechten Körperhälfte unmittelbar vor dem Einschlafen. Der Zustand tritt ein, gleichgültig, welcher Beschäftigung Patientin gerade obliegt, z. B. beim Sitzen, beim Essen, seltener beim Gehen. Besonders lästig sind diese Anfälle in der Schule, wo sie öfter auftreten, trotzdem sie, wie die Mutter versichert, gern zur Schule geht und auch gut lernt. Das Erwachen aus diesen Anfällen geschieht nie spontan, sondern erfolgt erst auf gewaltsames Rütteln oder sonstige Gewaltseinwirkung hin (in der Schule z. B. dadurch, dass ihr Kopf auf die Bank aufschlägt). Nach dem Aufwachen ist sie gleich munter und bei Besinnung. Was während des Anfalls selbst um sie her vorgegangen ist, weiss sie nicht, Krämpfe oder Sprechen aus dem Schlafe kommen nicht vor. Gemütserregungen haben auf die Anfälle keinerlei Einfluss. Die Patientin, ein für ihr Alter ungewöhnlich grosses Mädchen, hat ein kluges, aufgewecktes Wesen, und ist nach Angabe der Mutter stets reizbar gewesen.

Zu constatieren ist ein ziemlich hoher Grad von Anämie, Haut und Schleimhäute blass, starke Kopfschmerzen, öfter Seitenstechen und Herzklopfen (besonders beim Treppensteigen). Herztöne rein, aber etwas leise, auf den Lungen überall normale Verhältnisse. Puls etwas beschleunigt, aber regelmässig. Appetit gut, Defaecatio regelmässig, dagegen Incontinentia urinae des Nachts wie bei Tage (zwischen den Anfällen). Schlaf in der Nacht unruhig, beim Erwachen morgens grosse Müdigkeit, die auch den Tag über bestehen bleibt. Die Gehirnnerven functionieren gut, Sensibilität ist überall intact. Seit einiger Zeit wird sie in der Poliklinik mit Elektricität behandelt.

Fall 2. Elsbeth Sch., 12 Jahre alt. Der Vater ist nervös, ein Bruder der Patientin leidet an Imbecillität. Frühere Krankheiten: Morbilli. Nervenkrankheiten, Krämpfe, sind niemals vorgekommen. Vor 5—6 Wochen traten zum ersten Male narkoleptische Anfälle auf, eine Ursache dafür war nicht zu ermitteln. Die Anfälle treten ohne Vorboten ein und dauern so lange, bis man sie künstlich unterbricht, Anrufen erweist sich dabei als erfolglos. Spontanes Aufwachen wurde bis jetzt niemals beobachtet. Während des Anfalls ist das Bewusstsein erloschen, Zuckungen kommen bisweilen vor, dagegen fehlen tonische Krämpfe. Der Schlaf ist sehr fest, aber ruhig. Bei heftigen Gemütserregungen, z. B. wenn sie von der Mutter gescholten wird, nehmen die Anfälle an Intensität und Länge zu. Die Anfälle kommen, ebenso wie im Fall 1, besonders in der Schule vor, Patientin kann, obwohl sie gern zur Schule geht, infolge von Zerstreuung dem Unterrichte nicht folgen. Die Anfälle traten anfangs alle 8 Tage auf, jetzt täglich ungefähr 8—10 Mal. Auch bei dieser Patientin besteht ein hoher Grad von Anämie, vor allem zeigt sich grosse Blässe der Conjunctival- und Mundschleimhaut, ausserdem Kopfschmerzen, Herzklopfen und Müdigkeit. Am Herzen nichts Abnormes, Lungen ebenfalls normal. Die Sensibilität ist intact, Patellarreflexe etwas erhöht, Gehirnnervenfunction normal, Appetit gering, Stuhl regelmässig.

Fall 3. Max R., 18 Jahre alt, Kaufmann, giebt als frühere Krankheit gleichfalls Morbilli an. Sonst war er stets gesund, hereditäre Belastung ist von keiner Seite aus vorhanden. Krämpfe waren nie vorhanden, nur litt er bereits einige Zeit vor Eintritt der narkoleptischen Erscheinungen an Müdigkeit. Als Gelegenheitsursache giebt er einen Fall an, den er bei einem Ausfluge erlitten. Tags darauf klagte er über Schmerzen unter den rechten Rippen, konnte aber seinem Berufe noch nachgehen. Am Abend desselben Tages klagte er beim Nachhausekommen über grosse Müdigkeit, Kopfschmerzen, legte sich darauf zu Bett und verfiel in einen Schlaf von 48 Stunden Dauer, aus dem er nur durch starkes Rütteln des Hausarztes geweckt werden konnte. Er blieb dann noch ungefähr 2 Wochen in einem somnolenten Zustande; es gelang nur für kurze Zeit, ihn demselben zu entreissen. Weckte man ihn dann z. B. zu den Mahlzeiten auf, so klagte er stets über heftige Kopfschmerzen und über Schmerzen auf der rechten Brustseite. Die Nackenmuskeln waren während dieser Zeit wie gelähmt, es war ihm unmöglich, den Kopf aufrecht zu erhalten. Nach Ablauf dieser 2 Wochen trat plötzlich eine neue Erscheinung auf, er wurde sehr aufgeregt, kratzte mit den Händen an der Wand, kannte Niemanden etc. Dieser Zustand dauerte ungefähr 6 Stunden (von 6 Uhr Nachmittags bis Mitternacht), der hinzugezogene Arzt constatierte einen Puls von 52 und Temperatur von 35,5—36,5. Nach dieser Attaque war der somnolente Zustand gebessert, auch war die Lähmung der Nackenmuskeln geschwunden, jedoch vermochte er die Augenlider nicht zu öffnen, und, wenn man das künstlich vornahm, die Bulbi nicht zu bewegen, während nach Aussage des Arztes die Bulbi bei geschlossenen Lidern beweglich waren. Dieser Zustand der Besserung hielt 6 Tage an, da trat, wenn auch diesmal in geringerem Grade, ein neuer Anfall von geistiger Verwirrtheit ein. Nach diesem zweiten Anfall konnte er zwar die Augen bewegen, jedoch war die Sehkraft bedeutend geschwächt. Dieser Übelstand führte den Patienten in verschiedene Augenkliniken (von einer derselben wurde Patient in die

Poliklinik des Herrn Professor Mendel überwiesen, wo er sich der ihm vorgeschlagenen elektrischen Behandlung entzog), es wurden ihm wegen seines Leidens Brillen verordnet. — Zur Ergänzung des Krankheitsbildes mag noch das weitere Schicksal des Patienten hier Aufnahme finden.

Nachdem er längere Zeit in augenärztlicher Behandlung gestanden, bekam er eines Tages heftiges Nasenbluten und suchte deshalb einen Specialarzt für Nasenkrankheiten auf. Dort fiel er bei der ersten Untersuchung mit dem Nasenspiegel (wohl infolge seiner Erregung) in Ohnmacht. Er fiel dabei auf den Kopf und merkte beim Erwachen, dass die seit Wochen bestehende Schwäche des Sehvermögens vollständig geschwunden war. Seit der Zeit hat Patient weder Anfälle von Schlafsucht noch sonstige Beschwerden. Im übrigen bot Patient nichts Bemerkenswertes dar. Sein Appetit war gut, sein Körpergewicht hatte sogar zugenommen. — Wir dürften hier wohl die Diagnose Hysterie stellen, wenigstens sprechen meiner Meinung nach viele Symptome dafür, z. B. die Anfälle von Verwirrtheit, die zeitweiligen Lähmungen der Nackenmuskeln, der feste Schluss der Augenlider, die Unbeweglichkeit der Bulbi bei Öffnen des Auges, die Sehstörung, schliesslich die etwas märchenhaft klingende Heilung des Leidens.

Fall 4. Fräulein Bertha C., 31 Jahre alt, Vater starb an einem Schlaganfall, Mutter an Blutvergiftung, hereditäre Belastung ist nicht vorhanden. Patientin machte in ihrer Jugend Diphtherie, Morbilli, Scarlatina durch. Kurz vor ihrem 16. Lebensjahre begannen Krämpfe. Beim Eintritt der Menses nahm sie ein kaltes Bad und bekam im Wasser Krämpfe, die sich von diesem Zeitpunkt an steigerten und bis zu ihrem 22. Lebensjahre fortbestanden. Sie kamen bisweilen 3—4mal täglich vor, dauerten meist 10—15 Minuten, Patientin biss sich dabei oft auf die Zunge, verdrehte die Augen, auch begann der Zustand oft mit einem lauten Schrei. Nachdem diese nach der Beschreibung der Patientin und auch auf die Aussage eines Arztes hin als epileptisch zu bezeichnenden Anfälle mit dem 22. Jahre ihr Ende ge-

funden hatten, stellten sich andere nervöse Symptome mehr hysterischer Art (Lach- und Weinkrämpfe, Sprechen aus dem Schlafe) ein, daneben entwickelte sich allmählich das Bild der Chlorose (grosse Mattigkeit, Herzklopfen). Die Chlorose steigerte sich immer mehr, bis sie vor 2 Jahren (im 29. Jahr) einen sehr hohen Grad erreichte. Es kam zu Ohnmachtsanfällen (3—4mal täglich), der Schlaf war sehr gestört, beim Erwachen grosse Mattigkeit, gleichzeitig traten jetzt Anfälle von Narkolepsie auf. Dieselben begannen mit grosser Mattigkeit in den Beinen, die plötzlich sich einstellte, und Zucken im Rücken, die Kräfte schwanden und sie versank in Schlummer. Erweckt werden konnte Patientin nur durch heftiges Rütteln, selten war spontanes Erwachen. Diese Anfälle wiederholten sich sehr oft und kamen bei jeder Beschäftigung vor z. B. beim Essen, bei der Handarbeit etc. Der Schlaf konnte dann ein stundenlanger sein. Während des Anfalls selbst geschah es oft, dass sie viel redete, lachte und weinte und ihren Armen unnatürliche Stellungen gab, auch konnte die Umgebung ihr Ideen suggerieren, auf die sie dann näher einging. Meist war vollkommene Anästhesie vorhanden, Krämpfe oder Zuckungen wurden nie beobachtet. Nach dem Erwachen machte sich grosse Abgeschlagenheit geltend, stand sie dann auf, so kam es gewöhnlich zu Zittern in den Knieen, worauf sie hinfiel und wieder einschlief. In dieser Weise zog sich der Zustand 4—6 Wochen hin, darauf suchte Patientin die Poliklinik des Herrn Professor Mendel auf, wo durch medicamentöse Behandlung (Valeriana, Arsen) der Zustand gebessert wurde. Es kam dann eine Zeit, wo die Erscheinungen zurückgingen, nur blieb das Sprechen aus dem Schlafe bestehen. Patientin begab sich hierauf zur Cur nach Friedrichshagen, die ihr (kalte Abreibungen und kräftige Nahrung, täglich 1 l. Milch) sehr gut bekam. Seit einem Jahre hat sich der Zustand bedeutend gebessert, die Schlafsucht hat ganz nachgelassen, dagegen klagt sie noch sehr über Müdigkeit und Herzklopfen. — Der jetzige Status (März 1889) bietet viel Bemerkenswertes: vor allem die Characteristica des Morb. Basedowii — eine weiche Struma, die bereits seit dem

16. Jahre bestehen soll, Exophthalmus geringen Grades, Tachycardie, die sich oft bei der geringsten Erregung ausserordentlich steigert, ausserdem leichten Tremor. Das Gräfe'sche Symptom ist nicht ausgebildet. Ferner bestehen häufig Parästhesien im rechten Oberschenkel mit gleichzeitiger Anästhesie, intensiver Kälteschauer bei Genuss heisser Speisen, Sensibilität überall intact, die Sinnesorgane normal, nur ist die Sehkraft bedeutend geschwächt. Am Herzen ist leichtes systolisches Geräusch vorhanden, Percussionsfigur normal. Lungen sind nicht verändert. Puls betrug bei meiner letzten Untersuchung 84. Nervöse Dyspepsie ist vorhanden und führt oft zum Erbrechen. Appetit ist gut, Stuhl regelmässig, keine Polyurie, Menses sind unregelmässig, alle 14 Tage bis 3 Wochen, blieben früher zuweilen 4 Monate aus, sie dauern meist 6 Tage, waren früher und sind bisweilen jetzt noch schmerzhaft. Abmagerung war nicht sehr bedeutend.

Wenden wir uns nun an der Hand obiger Fälle zu dem Bilde zurück, das uns als Narkolepsie, in ausführlichster Weise innerhalb der letzten 13 Jahre beschrieben, entgegentritt, so drängt sich uns sofort die Überzeugung auf, mögen die Schilderungen im Einzelnen auch noch so sehr von einander abweichen, ein Grundzug ist es, der alle mit einander verbindet: Die Bedeutung dieser Affection für das sociale Leben. Es giebt wohl keinen Zustand, der einen ähnlichen, unheilvollen Einfluss auf die Berufsthätigkeit ausübt. In der That muss es unser tiefstes Mitleid erregen, zu sehen, wie diese Affection aus dem Kampf mit der stärksten, menschlichen Willenskraft als Sieger hervorgeht, wie sie es fertig bringt, den Unglücklichen, den sie befallen, von Beruf zu Beruf zu hetzen, so dass ihm schliesslich nichts mehr bleibt als die Verzweiflung.

Freilich ist diese Erkenntnis von der Bedeutung der Narkolepsie so ziemlich das Einzige, was von allen Beobachtern einmütig hervorgehoben wird, im übrigen ist — man kann wohl behaupten: von dem Momente an, wo der Name Narkolepsie in die Öffentlichkeit drang —

ein heftiger Streit entbrannt, der auch heute noch nicht geschlichtet ist. Ich will nicht näher darauf eingehen, wie wenig das Bild, das die verschiedensten Autoren von der Narkolepsie entworfen haben, dem von Gélineau uns überlieferten in seinen Einzelheiten entspricht, ich wende mich vielmehr sofort zu dem Hauptpunkt, auf den in dem ausgebrochenen Kampfe alles ankommt und durch dessen endgiltige Fixierung erst vollständige Klarheit geschaffen werden kann, nämlich zu der Frage: „Ist die Narkolepsie eine selbständige Krankheit, ähnlich wie Epilepsie, Hysterie etc. oder haben wir sie vielmehr nur als ein Symptom einer anderen Krankheit zu betrachten? Gélineau selbst hat, wie wir oben gesehen haben, sich dahin ausgesprochen, dass es sich um eine selbständige Neurose handle, er hat dann aber später, wie wir der Schrift von Parmentier entnehmen können, ähnliche Zustände bei Hysterie und Chorea gefunden und die dabei auftretenden Schlafanfälle als Narcolepsie secondaire bezeichnet. Viele sind ihm auf diesem Wege gefolgt, so Parmentier selbst, wie aus seinen oben angeführten Schlussfolgerungen hervorgeht, der den Begriff einer Pseudonarcolepsie hystérique eingeführt hat. Dieser Standpunkt Gélineau's und seiner Schule ist seither vielfach angegriffen und bekämpft worden, einer der eifrigsten Gegner ist unstreitig der bereits oben erwähnte Ballet, der am Schlusse seiner Veröffentlichung über Narkolepsie zu ungefähr folgenden Ergebnissen kommt:

Die Narkolepsie ist ein Symptom, das sich in verschiedenen Lagen mit ungefähr den gleichen Charakteren äussert. Dieser unüberwindliche Hang zum Schlafen kann häufig spontan, auch hingegen durch äussere Einflüsse veranlasst, eintreten. Die Neigung zum Schlafen kann die verschiedensten Grade durchlaufen, von dem unwiderstehlichen, zu jeder Stunde eintretenden Bedürfnis, bis zur einfachsten Form der Somnolenz. Deshalb ist die fundamentale Unterscheidung zwischen Narkolepsie und Somnolenz zurückzuweisen, es besteht nur ein gradueller Unterschied.

Nachdem Ballet noch die Vermutung ausgesprochen, der anatomische Grund für dieses Symptom sei eine

Ernährungsstörung der Nervenzellen, und diese Vermutung näher ausgeführt, teilt er die Krankheiten, bei denen die Narkolepsie auftritt, wie folgt, ein:

1. Krankheiten, die sich als organische Läsionen darstellen oder durch schädlichen Lebenswandel bedingt sind (Herzkrankheiten, Dyspepsia).
2. Nutrition retardante, Störung der Assimilation der Nahrung, z. B. Diabetes.
3. Störung des Nervensystems, vor allem Hysterie.
4. Kann Narkolepsie, scheinbar als selbständige Erkrankung, ohne dass eine Krankheitsursache bis jetzt auffindbar ist, eintreten.

Ich muss gestehen, dass mir der Standpunkt Ballet's am sympathischsten ist, die von mir mitgeteilten Fälle, von denen ich den 1. und 3. als Hysterie, den 2. als Hysteroepilepsie und den 4. als Hysteroepilepsie in Verbindung mit Morbus Basedowii bezeichnen möchte, zwingen mich durch ihre Verschiedenartigkeit dazu, die Narkolepsie als Symptom aufzufassen. Ich, für mein Teil, würde es für richtiger halten, im Interesse der Klarheit und Vereinfachung der Begriffe, die ja leider gerade auf dem Gebiete der Neurologie oft zu wünschen übrig lassen, mit der Aufstellung einer besonderen Krankheit so lange zu warten, bis sich zwingende Gründe dafür geltend machen, um so mehr als, wie wir gesehen haben, der Standpunkt Gélineau's zu den Ausdrücken einer Pseudo-narcolepsie und Narcolepsie secondaire geführt hat. Diese zwingenden Gründe können aber erst in Wirkung treten, wenn sie pathologisch-anatomischen Forschungen ihre Existenz verdanken, woran vor der Hand nicht zu denken ist. Leider sind auch unsere therapeutischen Erfolge bis jetzt sehr gering, hoffen wir, dass es unserer nimmermehr rastenden Wissenschaft bald gelingen möge, siegreich aus dem Kampf hervorzugehen gegen diese Krankheit, die ohne Unterschied des Alters und Geschlechts alle befällt und bei langem Bestehen sie ins grösste Elend zu stürzen die Kraft hat, indem sie die Lebenskräfte untergräbt und die Lebensfreudigkeit vernichtet.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Mendel für die freundliche Überlassung der einschlägigen Fälle und für die liebenswürdige Anleitung bei der Bearbeitung derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Bei der Behandlung der Myome des Uterus ist der operative Weg der einzige, sicher zum Ziele führende.

II.

Unter der grossen Zahl der antiseptischen Stoffe nimmt das Sublimat die erste Stelle ein.

III.

Von den heutzutage zur allgemeinen Narkose angewandten Mitteln ist dem Chloroform der Vorzug zu geben.

Lebenslauf.

Verfasser, Henry Julius Böhm, mosaischer Religion, geboren am 27. September 1870 zu Frankfurt a. Main, als Sohn des Herrn S. Böhm († 1892 zu San Francisco) und seiner Ehefrau Elise, erhielt auf der Wöhlerschule und dem Dr. Geisow'schen Institut zu Frankfurt seine erste Schulbildung. Alsdann besuchte er von Herbst 1879 bis Herbst 1888 das städtische Gymnasium zu Frankfurt, welches er mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er liess sich im Winter 1888/89 bei der medicinischen Facultät zu Heidelberg immatriculieren, wo er im Sommer 1890 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommer 1891 studierte er in München, im Herbst 1891 wurde er bei der medicinischen Facultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin inscribiert. Hier bestand er am 22. Februar 1893 das Tentamen medicum und am 28. Februar das Examen rigorosum.

Während seiner Studien hörte er die Vorlesungen und Curse folgender Herren Professoren, Privatdocenten und Assistenten:

In Heidelberg: Arnold, Bessel-Hagen, Brühl, Bütschli, Erb, Fleiner, Gegenbaur, Kehrer, Krafft, Kühne, Lossen, Victor Meyer, Maurer, Pfitzer, Quincke, Schmidt.

In München: Angerer, Bauer, Bollinger, Klaussner, Moritz, Tappeiner, v. Ziemssen.

In Berlin: Ahlbrand, v. Bergmann, Gusserow, Henoch, Jolly, Krause, L. Lewin, Mendel, Mittermayer, Olshausen, Schlange, Senator, Silex, Virchow, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, sagt Verfasser seinen aufrichtigen Dank.